SAINT LUC MEDICAL

1964 N° 3

SOMMAIRE

l'hôpital moderne son évolution technique

par le docteur A. NOKERMAN,
directeur d'Administration
à la Santé Publique (1).

AVANT-DIRE.

Après toute étape importante, surtout lorsqu'elle a été, comme celle que nous atteignons, parcourue dans un climat de renouveau et de progrès, il est salutaire et profitable pour l'avenir de faire le point, et de reprendre les dimensions du domaine où l'on s'est dépensé, tel qu'il apparaît dans ses perspectives et son développement nouveaux.

On se réjouit d'enregistrer l'aboutissement des efforts antérieurs; on s'interroge sur les raisons de l'échec de certains d'entre eux; on est amené à reconnaître des courants récents, à découvrir et à identifier leurs sources, par là à deviner leurs chances d'épanouissement.

C'est avec ces préoccupations à l'esprit que nous projetterons tout au long de cet exposé le «spot» de notre curiosité sur les divers panneaux qui, juxtaposés, forment le panorama hospitalier d'aujourd'hui.

---

(1) Rapport présenté au Congrès Jubilaire de Caritas Catholica en Octobre 1963.

SITUATION DE L'EFFECTIF HOSPITALIER.

Traditionnellement, l'hospitalisation des malades se répartit entre trois secteurs:

celui des maladies aiguës, ou de courte durée;
celui des maladies sociales, ou de longue durée;
celui des maladies mentales.

Cette distinction est de nos jours reconnue par les techniciens comme factice et injustifiée; nous la conserverons provisoirement pour la facilité de l'analyse statistique: aussi bien, elle correspond encore, chez nous, à une situation des structures qui, pour être en pleine transformation, n'en est pas moins très réelle. Nous nous intéresserons toutefois plus particulièrement, dans cet exposé, au secteur de l'hospitalisation dite de courte durée, ou encore, pour maladies aiguës.

1. Le secteur des **maladies sociales,** plus précisément celui des sanas et préventoriums, du fait de la raréfaction, peut-être momentanée, des affections tuberculeuses, subit des regroupements et des changements d'affectation qui en réduisent chaque année les dimensions.

2. Du côté de l'hospitalisation des **affections mentales**, c'est avec 25.000 lits environ, le statu quo; près d'un quart de l'effectif, 6.000 lits, est «gelé» par la démence sénile. Cependant, les besoins sont en constante et importante expansion. Mais la discipline médicale psychiatrique est en pleine crise «pubertaire» et ceci explique en partie cela.

3. L'Inspection des Etablissements de Soins, du Département de la Santé publique, a procédé en juillet 1963, au dernier recensement de l'effectif hospitalier considéré comme affecté aux **maladies de courte durée.**

Disons tout de suite que les chiffres obtenus englobent la presque totalité des lits occupés par les vieillards atteints d'affection de longue durée.
A l'heure présente, le secteur hospitalier pour aigus supporte presque seul la charge de l'hospitalisation des malades âgés et des grabataires: 40% des lits du secteur public; 15 à 20% du secteur privé sont ainsi encombrés.

Grâce à la coopération qu'elle a obtenue de tous, l'Inspection des Etablissements de Soins a pu mener à bien des opérations de re-

censement fondées sur un dispositif rigoureux, considéré d'ailleurs comme un des meilleurs d'Europe: elle a pu dresser très vite un état de situation hospitalier actuel et très précis.

Que nous apprend la consultation de ce document?

Le Royaume comptait 8.700.000 habitants en 1951; le 1er janvier 1963, ce chiffre s'était élevé à 9.252.000; 31.862 lits, soit 3,7 lits pour mille habitants desservaient la population en 1951. Le recensement de juillet dernier donne 43.183 lits, **soit 4,66 lits pour mille habitants.** Nous en avions compté 4,12 pour mille habitants en 1956, 4,36 pour mille habitants en 1958, 4,5 pour mille habitants en 1960. Depuis 1958, la cadence d'accroissement est donc, par biennale, régulièrement de 0,15 pour mille.

Même dans les régions jusqu'ici les plus défavorisées, une progression encourageante se constate. Ainsi, le Luxembourg passe de 1,32 pour mille habitants en 1956 à 2,03 lits en 1962: cette province a doublé sa capacité hospitalière en 10 ans.

Simultanément, se poursuivent le remplacement des lits démodés et la restructuration des hôpitaux qui ont fait leur temps.

Le résultat de l'effort persévérant poursuivi depuis 1948 est l'expression à la fois de la santé de notre économie et du souci général chez les responsables médicaux et sociaux du mieux-être de notre population.

Bref, en une décennie, tandis que sa population s'est accrue d'un peu plus d'un demi-million d'habitants, la Belgique a développé son appareil hospitalier pour aigus, tout en le modernisant, à concurrence de un lit pour mille habitants, ce qui représente un accroissement de l'effectif de l'ordre de 10.000 lits.

Eu égard aux besoins quantitatifs, avec les 4,66 lits pour mille habitants dénombrés, lits occupés à **70% d'occupation moyenne** à peu près, on peut donc estimer avoir atteint un palier très satisfaisant, au regard des nécessités journalières.

Je voudrais que vous ne me chicaniez pas sur la valeur que semble attribuer au chiffre-clef de 4,5 lits pour mille habitants le jugement d'ensemble que je viens de porter.

Ce n'est qu'un repère sur l'échelle comparative des situations hospitalières en Belgique et à l'étranger, une prévision de la dimension d'un effort qu'en 1948 on se proposait de fournir.

Ainsi les deux grandes agglomérations industrielles et ouvrières de Gand et de Charleroi, avec des taux d'équipement qui égalent presque ou dépassent 10 pour mille, sont tout juste pourvues; Bruxelles et Liège, avec 5,40 pour mille, et 6,27 pour mille sont sous-équipées: cette situation qui se prolonge est préoccupante. L'agglomération bruxelloise, où subsistent au surplus trop d'établissements inacceptables, voit son appareil hospitalier se réduire inexplicablement: alors qu'elle possédait 5.811 lits en 1956 pour 1.029.693 habitants, elle n'en compte plus que 5.568 en juillet 1963.

Dans le même temps, la population des provinces de Namur et du Luxembourg semble pouvoir satisfaire sa consommation hospitalière avec des taux considérablement plus bas.

Le pourquoi de ces situations différentes, une commission mixte de sociologues et de démographes, assistée par les médecins spécialisés dans la technique hospitalière, s'efforce de le dégager.

Tout le monde en convient: le souci de l'emploi judicieux des fonds publics et de l'efficacité amène à considérer le moment venu de penser à planifier l'effort à venir, dans le respect, certes, de notre pluralisme traditionnel.

ASPECTS FONCTIONNELS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

Dégagée du souci, il y a quelques années, lancinant, d'assurer aux malades un nombre de lits suffisant, la Belgique peut accorder aux aspects fonctionnels de l'activité hospitalière une attention plus soutenue et plus décisive.

Sur le plan fonctionnel, l'hôpital est à la fois le reflet et le moyen des doctrines médicales et sociales du moment.

Du point de vue qui nous occupe, son évolution médico-technique, il sera tributaire, en ordre principal, de ce que veulent de lui et peuvent pour lui:

— l'opinion publique, et les malades,
— la médecine et les médecins,
— le personnel de nursing.

1. La population.

a. la population perçoit, de plus en plus, la fonction hospitalière comme une **forme de service public**, comme une forme de service que l'Etat doit à la communauté;

b. la population exige aussi la **sécurité** qu'apporte à une région la présence d'un hôpital; toute politique de mise en valeur régionale visera donc à assurer cette satisfaction;

c. la population prend le chemin de l'hôpital pour toute **urgence médicale**. L'hôpital est de plus en plus considéré comme le point où le secours en cas de nécessité doit être disponible, et instantanément disponible. Plus que le corps médical de l'hôpital, c'est l'hôpital lui-même qui apparaît responsable aux yeux du public de l'organisation de l'aide dans les situations imprévues et critiques;

d. habitué à un certain standing, le patient ne veut plus d'un hôpital qui «renferme» les malades; il exige un véritable **régime hôtelier**, égal pour tous, sauf à tenir compte de l'état clinique du patient: confort individuel, libéralisation des horaires des visites, menus au choix, personnel affable, amène, discret, de présentation agréable. Il s'étonne de ne pas pouvoir disposer du téléphone dans sa chambre dès que l'entrée en convalescence l'autorise à reprendre les contacts avec l'extérieur; il en vient à considérer le poste de télévision comme un meuble faisant normalement partie du mobilier des salles de séjour;

e. enfin, l'opinion publique considère comme une anomalie que des patients, du fait du prix de revient des prestations médicales et de nursing, puissent devenir indigents en cours de séjour, en conséquence de la charge des soins. Confusément, elle aspire au service hospitalier de base **gratuit**.

2. La médecine et les médecins.

La médecine, du fait de ses progrès des vingt dernières années, réclame et vit des bouleversements considérables dans ses conditions d'exercice.

a. **Des territoires entiers de la pathologie naguère figés** dans l'immobilisme et dans la chronicité, par l'ignorance de l'étio-

logie ou la pauvreté des moyens thérapeutiques, **basculent dans la médecine active.**

Continûment le domaine de la chronicité se rétrécit: il ne se passe pas d'année où des maladies inscrites jusqu'alors dans la nomenclature des affections «de cure longue» soient transférées à la liste des affections où une thérapeutique active permet de raccourcir l'hospitalisation.

La séparation, traditionnelle chez nous, des services hospitaliers en services pour malades aigus et services pour malades chroniques (vieillards, tuberculeux et mentaux notamment) ne peut plus invoquer en sa faveur aucune raison technique valable.

L'hospitalisation des différentes catégories de patients tend à se réunir dans un seul cadre: ceci est à l'origine des transformations les plus sensibles, les plus délicates à réaliser, comme aussi les plus impérieusement nécessaires.

Ainsi:

1. la guérison de la **tuberculose** ne paraît plus tributaire de l'air pur et du sanatorium; dans un nombre de cas non négligeable, elle s'accommode d'un séjour de quelques mois dans une section particulière de l'hôpital général;
2. les **maladies mentales**, elles, aboutissent infiniment moins souvent à la collocation. Des traitements, médicamenteux surtout, que l'hôpital général dispense, maîtrisent les épisodes aigus ou agités. La thérapeutique par le travail et les techniques psychosociologiques font le reste; elles sont aussi disponibles dans la section de jour de l'hôpital général.
3. Enfin, le **handicap** physique ou mental n'est plus une tare irrémédiable ou une avarie définitive: l'âge et ses infirmités non plus. L'orthopédie, l'ergothérapie, la physiothérapie, les techniques de restauration psychologiques réinsèrent dans la vie normale, grâce à l'hôpital pour aigus, bon nombre de sujets tributaires jusque là d'aide extérieure, ou même adbandonnés anciennement à eux-mêmes et à la philanthropie.

b. Le clivage entre médecine préventive et médecine curative devient, dans bien des secteurs, contraire aux intérêts bien compris de la population et, du fait, abandonné.

Ainsi:

1. **les consultations pré et post-natales** s'installent à la maternité, en même temps qu'on y développe la préparation physique et l'enseignement psychique de l'accouchement sans anxiété;

2. une élite de la clientèle s'inquiète d'**examens de santé périodiques**, généraux et fouillés, que l'équipe hospitalière seule peut pratiquer avec rapidité, grâce à sa concentration.

c. Quelle que soit la finesse de son sens clinique, le médecin ne pourrait plus faire de la médecine de qualité sans le **recours quotidien à ces techniques instrumentales**, dont certaines sont stupéfiantes, que la science de l'ingénieur met à sa disposition:

total body compteur, cœur-poumons, reins artificiels, électromyographe, appareillage de réanimation, amplification de brillance, télévision, etc... Ces instruments, très coûteux à l'achat, exigent des soins attentifs d'entretien; ils sont rapidement périmés. Leur usage excède quelquefois les connaissances techniques des médecins, autant que leurs capacités financières singulières. La clientèle d'un seul spécialiste en justifie à peine l'acquisition.

d. Autour de cet appareillage, ou grâce à lui, **la plupart des spécialités médicales progressent et se diversifient**: même la radiologie, apparemment monolithique, éclate et se morcelle en sous-spécialités. Il n'est plus possible de faire de la médecine spécialisée, seul.

En contrepartie, le besoin de synthèse ne peut être satisfait que dans l'exercie d'une **médecine de groupe**.

Où mieux qu'à l'hôpital, la médecine de groupe pourrait-elle s'épanouir?

Et pourtant, dans cette direction, comme les progrès sont lents! Ce n'est pas être prophète que de prétendre que tout l'avenir du développement rationnel de l'hôpital est subordonné à la facilité plus ou moins grande que l'on rencontrera d'amener à travailler en équipe des individus aussi hautement qualifiés et de formation aussi individualiste que les médecins, dans le cadre d'une organisation hiérarchisée, où l'autorité à certains échelons pourrait être exercée par des non-médecins.

Heureusement, les promotions médicales sont indiscutablement plus accessibles à l'idée du travail en équipe; elles en éprouvent, dès le début de leur carrière, la nécessité et en perçoivent les avantages; leur volonté de faire de la médecine encore meilleure dans un climat de sérénité, alliée à un désintéressement très réel, les conduit à souhaiter la constitution d'équipes où chacun est complémentaire, où tous ensemble sous l'égide

du plus qualifié, on procède à l'indispensable synthèse.

e. **Les disciplines médicales elles-mêmes voient se modifier leurs rapports d'importance respective**, à l'intérieur de l'hôpital:

Ainsi:

1. le lazaret, **l'isolement des contagieux**, qui fut une des premières raisons d'être des hôpitaux, se réduit à quelques lits, en quelques points du territoire;
2. **la chirurgie**, si elle affirme des techniques chaque jour plus audacieuses, voit le nombre relatif de cas traités fléchir au bénéfice de la médecine interne et de ses branches spécialisées;
3. **la gériatrie** enfin s'installe, comme pendant de la pédiatrie, aux côtés de la médecine interne, en qualité de service d'hôpital aigu.

f. Enfin, des **fonctions médicales et hospitalières nouvelles** se développent.

1. La plus nécessaire et la plus évidente est celle d'**anesthésiologiste-réanimateur**, chef de service à part entière, responsable de l'examen préalable, de l'anesthésie, des enregistrements per-opératoires au monitoring, du réveil, de la réanimation, et dans les hôpitaux où l'équipe chirurgicale est nombreuse, d'administrateur du bloc opératoire.
2. Non moins utile est la fonction de **chef de service de stérilisation centrale**. Sa création dans les hôpitaux très importants va de pair avec l'indispensable réorganisation de la cellule stérilisation — centra supply — station à lits, etc... Cette fonction pourrait d'ailleurs être assurée avec une efficacité égale par un biologiste ou un pharmacien spécialisé.
3. Une troisième, enfin, celle de **médecin réadaptateur**, vient d'être décidée par un arrêté royal récent.

g. La **participation active du personnel médical à la gestion de la maison** à laquelle il consacre le plus clair de son temps est le fruit le plus sain de la coopération très étroite qui s'établit la plupart du temps, à l'heure présente, entre les médecins chefs de service et la direction administrative. Cette exigence raisonnable, considérée à bon droit par le corps médical comme une revendication primordiale, se voit de plus en plus fréquemment satisfaite. Reste à trouver une formule juridique qui assure aux médecins une autorité réelle et suffisante tout en sauvegardant les prérogatives de l'autorité de gestion lorsqu'il s'agit de décisions qui intéressent le droit de propriété ou la viabilité économique de l'entreprise.

3. Le personnel de nursing.

Le développement d'activités spécialisées nouvelles comme la gériatrie, la réadaptation ou la neuropsychiatrie, postule la collaboration d'un **personnel paramédical et de nursing aux capacités très diverses**, et toujours plus nombreux. On embauchera dorénavant, à côté des kinésithérapeutes, des psychologues, des logopèdes et des peintres-dessinateurs, des animatrices et des jardinières d'enfants, des diététiciennes et des assistantes sociales.

Les vouloir et les trouver sont deux choses différentes. Mais **c'est toujours le personnel de nursing qui se trouve le plus difficilement.** L'hôpital manque d'infirmières de façon permanente et critique. Or la présence infirmière est la condition de l'évolution et du progrès médicotechnique dans l'hôpital.

On ne peut raisonnablement pas demander aux infirmières actuellement au travail plus de zèle, plus de dévouement, plus de compétence, plus de compréhension des difficultés budgétaires de l'employeur que ce qui est déjà habituellement déployé et consenti. Il faut donc trouver du neuf dans l'organisation du travail: suppression des services coupés; emploi mi-temps; réorganisation des services de nuit; réajustement préférentiel du statut pécuniaire de l'infirmière d'hôpital, etc... Il faudrait en même temps, par la voie réglementaire même, si cela s'avère nécessaire, décourager l'affectation de la main d'œuvre infirmière à tous les emplois que peuvent remplir aussi bien des personnes de formation différente ou de niveau moins élevé: personnel administratif des services médico-sociaux, secrétariat médical, personnel social d'entreprise, etc.

Ces mesures sont toutes urgentes. On peut affirmer, sans rien dramatiser, que si des solutions adéquates ne se dégagent pas à bref délai, c'est la sécurité et l'efficacité du système hospitalier belge qui seraient à brève échéance gravement compromises.

Cependant, la tension qui règne sur le marché de la main d'œuvre infirmière n'a pas que des conséquences inquiétantes du point de vue de l'évolution de l'hôpital: dans le passé, autant que le souci du confort, de la sécurité, de l'hygiène du malade, elle a contraint le programmateur à étudier une unité hospitalière rationnelle; aujourd'hui encore elle est sous-jacente aux études de rentabilité, à la préoccupation d'efficacité du travail, à l'adoption de telle formule architecturale de préférence à telle autre; elle n'est sans doute

pas étrangère à la poursuite de la mise au point de la formule la plus révolutionnaire à l'heure actuelle: celle des soins progressifs dont nous parlerons tout à l'heure.

LA NECESSAIRE EVOLUTION DES HOPITAUX.

Voici que nous avons inventorié quelques uns des facteurs, à notre estime les plus importants et les plus actuels, susceptibles d'influencer l'évolution de l'hôpital belge. Les effets de ces courants et de ces tendances vont se faire sentir, tantôt à l'échelon de la conception générale de l'appareil hospitalier national, tantôt au niveau de l'hôpital lui-même et de son organisation.

I. **Il y a des siècles**, la fonction essentielle de l'hôpital était d'**accueillir les pauvres et les malades**, de leur dispenser le gîte et le couvert, d'où son nom d'hôtel-Dieu ou de Gasthuis. Comme secteur technique: la pharmacie, l'herboristerie, ainsi qu'on le voit dans les abbayes ou aux hospices de Beaune. **Naguère**, au début du siècle, son activité principale était de donner des **soins infirmiers à des patients alités.** Croiriez-vous qu'il y a encore de nos jours des hôpitaux de cette sorte, sans services techniques, sans radiologie, ni laboratoire?

   A l'heure présente, l'hôpital, c'est avant tout, un **ensemble considérable d'investissements techniques**, un rassemblement logiquement coordonné de matériel d'équipement, coûteux et délicat, **au service d'une équipe médicale nombreuse**, **diversifiée, hautement qualifiée,** et le plus souvent permanente. La capacité financière d'acquérir le matériel, au moins autant que l'existence d'un médecin qualifié et la possibilité d'aliter, décide de la création d'un nouveau service.

   L'hôpital a encore des lits, bien sûr, mais ceux-ci apparaissent plutôt comme une **station d'hôtellerie spécialisée** installée en flanc garde de l'équipement pour pouvoir en tirer tout le parti possible. Fait hautement significatif: les lits les plus importants pour le malade, qu'ils soient d'urgence ou de soins intensifs, les spécialistes ne les comptent plus, pas plus que les lits de travail en maternité, dans l'effectif hospitalier.
   Il y a donc, il y aura de plus en plus, une inversion complète

dans la hiérarchie des valeurs: **le secteur technique a plus d'importance que le secteur d'hébergement.**

II. L'importance des ressources techniques rassemblées et le fait qu'un même équipement est nécessaire à de nombreuses catégories de malades, que plusieurs types d'exploration sont aussi nécessaires à une seule, commandent de grouper autour d'elles tous les malades et toutes les maladies.
A partir de cette considération certains défendent la thèse qu'on ne devrait plus construire d'hôpitaux spécialisés. **L'hôpital sera donc général.**

De **chirurgical** qu'il était **au début du siècle**, l'hôpital était déjà devenu une **formation médico-chirurgicale après la première guerre mondiale**. On lui demande **dorénavant** d'accueillir, non seulement la médecine interne et la chirurgie, mais aussi **toutes les spécialités:** la pédiatrie, la section de bacillose, définie récemment, la section active de gériatrie et de réadaptation; à côté et en renfort de l'asile, l'hôpital général offrira hôpital de jour, hôpital de nuit, polyclinique et service de neuropsychiatrie. La neuropsychiatrie doit donc devenir un service habituel, dès que l'hôpital atteint une certaine dimension.

III. Troisième fait: tout ce qui vient d'être dit oblige à reconsidérer la dimension de l'hôpital.
Le petit hôpital n'est plus capable de jouer son rôle médical pleinement. Dans une Belgique, grande comme un mouchoir de poche, il ne faut plus en créer.

A un moment donné, une option du Conseil Supérieur d'Hygiène a défini comme chiffre de la capacité minimum acceptable celui de 60 lits. Cette limite inférieure était fixée en fonction de considérations économiques. On peut raisonnablement doubler ce chiffre à l'heure actuelle, en s'appuyant cette fois sur des considérations de techniques médicales. Il est frappant de constater que les bons hôpitaux ruraux, ceux dont l'existence est justifiée, s'ils ont été d'abord moins dotés en lits, sont rapidement devant l'obligation de s'agrandir et d'atteindre une bonne centaine de lits.

Dans le même sens, la statistique montre que plus l'hôpital pour aigus est important, plus le séjour y est court; en d'autres termes, plus l'investissement instrumental et humain est bien utilisé; au contraire, plus l'hôpital est petit, plus la rotation est lente, plus on se rapproche du «long stay» et de la maison pour chroniques et grabataires.

On est donc fondé à considérer, comme valables pour l'hôpital consacré aux malades aigus, trois échelons de dimensions:

le petit hôpital comportera 120 lits, au moins;

l'hôpital moyen, le meilleur lorsqu'il compte 250 lits environ, jusqu'à 300 lits;

le grand hôpital de 300 à 600 lits et plus.

Trop important, l'effectif hospitalier serait à redistribuer. La limite supérieure acceptable est fonction, d'une part, de l'accessibilité plus facile pour la clientèle, de plusieurs centres répartis dans la zone territoriale à desservir, d'autre part, de l'impossibilité d'administrer «humainement» un personnel trop nombreux et anonyme au service de malades dépersonnalisés.

Ce qui vient d'être dit concerne, bien entendu, l'hospitalisation pour aigus. Je n'inclus pas dans ces chiffres, les services connexes et contigus à l'hôpital: gériatrie de réadaptation, réhabilitation fonctionnelle, hôpitaux de jour, ateliers protégés, etc...

Ces établissements peuvent être gérés selon d'autres normes, séparément, puisqu'ils ont un autre rythme d'activité. Leur éventuelle concentration autour du petit hôpital général favorise cependant le fonctionnement des services généraux de ce dernier et améliore du fait les finances de l'ensemble.

IV. Le souci de faire bénéficier le plus grand nombre de patients des moyens et des compétences rassemblés conduit à ouvrir l'hôpital vers l'extérieur, en d'autres termes, à **accentuer le caractère polyclinique** des activités du secteur technique. Je prêche ici une théorie qui a déjà rallié tous les hospitaliers. L'activité polyclinique des hôpitaux ne suscite plus à l'heure actuelle de polémiques; elle se règle sans difficultés dans le respect des exigences déontologiques. Dans les régions moins agglomérées, elle est la chance des malades, parce que l'aide la plus précieuse est le soutien scientifique du médecin généraliste.

Cette ouverture réduit d'ailleurs les besoins d'hospitalisation, et raccourcit les séjours dans les services.

Faut-il, dans l'état de nos structures démographiques et médicosociales, promouvoir **le home care?**

Il y a plusieurs années déjà, un hospitalier anglais notait avec un bon sens narquois que «*le meilleur lit d'hôpital se trouvait à la maison*». Cette vérité s'est fortifiée depuis lors grâce à l'appoint d'études psychosociologiques et psychosomatiques poussées; grâce aussi à la considération que «*le coût très élevé de l'application des connaissances modernes fait du financement des soins médicaux — notamment à l'hôpital — une source de préoccupation, même pour les pays les plus riches*». (1). L'Etat moderne dans nos pays de civilisation avancée est acculé par d'impérieuses raisons économiques à l'éducation sanitaire, et à son prolongement logique, la médecine préventive d'une part, d'autre part à la réorganisation de la médecine de soins au domicile et au lit du malade.

Le home care qui soulage l'hôpital, paraît donc une formule d'avenir. Cependant, notre information sur les modalités d'organisation et de fonctionnement d'un tel service, sur son coût, sur sa capacité réelle de décongestionner l'hôpital, est encore fort restreinte. Il faut multiplier les expériences et les critiquer scientifiquement. Mon sentiment est, dès à présent, qu'**il ne faut pas faire organiser le home care par l'hôpital.**

Il s'agit d'une entreprise qui excède sa compétence. D'autant plus que la réussite du home care dépend surtout de l'attitude qu'adoptera à son égard le médecin «généraliste». Or chacun admet que la formation de ce dernier, comme sa place dans la structure médico-sociale générale, doivent faire l'objet d'une revision fondamentale. Quoi qu'il en soit, notre pluralisme et le foisonnement des organismes qui s'occupent chez nous, à un titre quelconque, des problèmes de santé à domicile, recommandent de confier l'épanouissement de cette expérience à des **groupements spécialisés non hospitaliers**, la Croix Jaune et Blanche, p. ex., qui accepteraient de coordonner leur action à celle de l'hôpital et à celle du médecin traitant.

---

(1) Prof. Thomas Mc Keown. Director of the Department of Social Medicine — University of Birmingham.

V. **L'établissement ouvert**, qui met des lits à la disposition de tout médecin, qui y envoie des malades, sans posséder son propre cadre médical, **est une formule insatisfaisante**, qu'on ne peut plus considérer comme valable.

Les normes de la Santé publique exigent d'ailleurs la prise en charge de la responsabilité médicale de l'ensemble de la maison par un praticien désigné, et celle de chacun des services spécialisés par un spécialiste reconnu.

Sans doute peut-on envisager des formules mixtes, où un spécialiste assume la responsabilité d'un secteur et supervise, selon les modalités particulières à chaque situation, le travail de ses confrères non engagés et même d'auxiliaires médicales, comme les accoucheuses.

A mon estime cependant, cette formule n'est acceptable qu'à titre transitoire. L'avenir me paraît pencher en faveur de la **formule «fermée»** en ce qu'elle garantit mieux la sécurité du patient. L'organisation la plus satisfaisante me paraît être réalisé par l'adoption pour les chefs de service, tout au moins, de la **formule «plein temps»**, toute l'activité du praticien se déroulant dans l'hôpital. Je précise que, dans mon esprit, le «plein temps» n'entraîne pas avec soi l'adoption d'un mode de rémunération déterminé, l'appointement par exemple, et n'exclut pas non plus, bien au contraire, la possibilité de se tenir à la disposition de ses confrères de l'extérieur pour consultation au chevet du malade.

Le «plein temps» sera d'ailleurs un moyen de garantir le bon fonctionnement des services d'urgence et de garde, dont nous avons reconnu la nécessité au début de notre exposé.

VI. Si la concentration des moyens diagnostiques est indispensable, elle a cependant ses limites.

Il faut en effet garder un niveau scientifique suffisant. Les spécialistes compétents dans certaines disciplines ne sont pas légion. Les moyens financiers des hôpitaux ne sont pas extensibles; certain matériel exige, pour un usage rationnel, une utilisation intense: la bombe de cobalt, p.ex., et, enfin, les investissements n'ont de sens qu'en fonction d'une clientèle.

Bref, **tout hôpital ne peut pas tout faire et tout avoir.** Le moyen

est pourtant à notre portée qui permette de satisfaire régionalement et intégralement les besoins d'une population suffisamment nombreuse: c'est **l'association entre hôpitaux**, c'est la fédération. Imaginons, par exemple, une agglomération de 500.000 habitants, desservie per cinq hôpitaux ou plus, de même appartenance philosophique, même s'ils sont desservis par des congrégations différentes. Chacun d'entre eux ne peut évidemment pas développer un service complet de radiothérapie et de radioisotopes, ou encore une unité métabolique associée à un rein artificiel, ou même un service de chirurgie vasculaire. Mais ils peuvent s'entendre: **chacun continue à développer intégralement l'ensemble des activités traditionnelles** d'un hôpital général complet; **mais** chacun, selon une vocation ou une option particulière, d'accord avec les autres, **développera, en plus, pour compte de tous, un service hyperspécialisé.**

L'un développera sous tutelle universitaire le service de thérapie profonde; il y annexera en région industrielle, s'il échet, un service de décontamination; l'autre équipera en hommes et en matériel un service de neuro-chirurgie, dans le cadre plus large d'un service de traumatologie. Un autre enfin, s'orientera plus particulièrement vers la neuropsychiatrie.

Préalablement à la fédération, une étude approfondie des besoins régionaux et des possibilités cliniques existantes devra être faite.

Il semble bien que la formule ne vaut que pour les agglomérations suffisamment peuplées bien pourvues en hôpitaux. Tout naturellement les hôpitaux des zones périphériques, les hôpitaux ruraux situés dans la zone d'attraction de l'agglomération, adresseront au groupement hospitalier régional les cas particulièrement graves ou difficiles, pour des prestations qu'ils réclamaient antérieurement à des centres plus éloignés, au détriment du confort affectif du malade et de sa famille.

SERVICES DE GARDE, D'URGENCE, DE TRAUMATOLOGIE

Cette liaison que nous venons d'évoquer entre hôpitaux ruraux et centres spécialisés aurait les plus heureux effets dans le domaine de l'urgence.

C'est un fait, que de plus en plus, le public et le médecin traitant, dès qu'ils sont aux prises avec une situation dramatique, ou brutalement critique: accidents, empoisonnements, infarctus, intoxications, etc..., se tournent vers l'hôpital. C'est un fait aussi que notre civilisation est une civilisation de traumatisme: 500.000 accidents de travail par an; 75.000 accidents de roulage avec blessures. Les structures anciennes de l'hôpital ne lui permettaient pas de donner à ces appels une réponse valable.

On commence à voir plus clair dans la distinction — qui n'est pas de pure terminologie — entre service de garde, service des urgences et service de traumatologie.

Le service de garde vaut par sa permanence et par sa perspicacité: il accueille, rassure, trie, soigne les cas de dispensaire, dirige vers le service hospitalier compétent quand celui-ci existe dans la maison, ou oriente vers un hôpital plus spécialisé.

Un tel service devrait exister dans tout hôpital digne de ce nom. Dans les petits hôpitaux, dans les cliniques rurales, son installation peut se faire comme dans les hôpitaux importants puisqu'elle se contente des pièces réservées à la consultation des patients externes de chirurgie.

Une seule condition, celle-là inéluctable: la présence permanente d'un médecin qualifié. Seul le plein-temps hospitalier permet de l'assurer.

Le service des urgences suppose l'existence dans l'hôpital qui veut l'organiser, d'un service de médecine interne et d'un service de chirurgie. Il s'appuye sur le service de garde et le prolonge. Il doit pouvoir compter sur une permanence radiologique et de laboratoire. Ouvert jour et nuit, il hébergera dans une petite section d'hospitalisation provisoire les patients admis après 20 h., dont l'état n'exige pas l'entrée immédiate dans l'unité des soins intensifs avec laquelle il vit en association étroite, ainsi que les agités et les délirants. Peu d'hôpitaux privés ont un staff médical suffisamment fourni et les reins assez solides pour prétendre organiser un service des urgences satisfaisant.

A mon estime, il s'agit là d'un véritable service public, analogue à ce que fut à certaines périodes, le service des infectieux. **Les services des urgences devraient se distribuer régionalement**, avoir leur zone territoriale bien délimitée, et fonctionner en liaison

avec le service 900, au profit de toute la population et de tous les hôpitaux de la circonscription qui leur aurait été assignée.

Si j'ai tantôt évoqué dans ma classification, le **service de traumatologie**, c'est pour tenter de dissiper la confusion très générale entre service des urgences et service de traumatologie. Beaucoup des cas auxquels la traumatologie est appelée à porter secours sont sans doute des cas urgents. Mais la traumatologie vit indépendamment de l'urgence, comme elle vit nettement distincte de la chirurgie générale. La tentation de faire faire par la chirurgie générale le métier de la traumatologie est une de celles à laquelle on succombe souvent. La faute est lourde, car dans peu de domaines de la médecine les insuffisances et les imperfections de l'opérateur ont de conséquences aussi dramatiques et aussi onéreuses. Au surplus un service valable de traumatologie ne se conçoit que flanqué d'un service de physiothérapie et de réhabilitation fonctionnelle développé et efficace.

Que chacun s'interroge sur ses responsabilités! Le technicien hospitalier plaide qu'il ne doit y avoir par région qu'un service de traumatologie ou quelques uns. Ici encore la formule de la fédération des hôpitaux d'une même région permettrait d'apporter la solution que réclament l'intérêt bien compris des patients et la conscience médicale.

Nous conclurons en disant qu'il y a dans le secteur que nous venons d'étudier un effort d'organisation et de remise en ordre impérieusement exigé par les développements de la science médicale et par la charité.

LES SERVICES DE NEUROPSYCHIATRIE.

Dans aucun autre secteur de la médecine on n'éprouve à un aussi haut degré l'impression d'incertitude sur ce que devraient être dans l'avenir les structures adéquates que dans celui de la neuro-psychiatrie. Monsieur le Docteur van de Calseyde, directeur du bureau de l'Europe de l'O.M.S., l'a souligné excellemment dans sa leçon inaugurale. C'est que nulle part ailleurs, on ne constate un renouveau aussi vif, qui éclate dans des directions divergentes.

Et pourtant, faute d'information, le public continue à faire le procès de l'établissement psychiatrique, dont on dit qu'il est figé et

qui reste malencontreusement infamant. A lui seul cependant, tout le monde en convient, il ne peut plus couvrir tout le champ des nécessités psychiatriques modernes.

Si le service psychiatrique d'un hôpital général dispose de moins de moyens socio-thérapeutiques que l'établissement spécialisé, il a par contre l'avantage d'être intégré au sein d'une équipe médicale complète et de disposer en commun avec d'autres services et d'un équipement particulièrement coûteux et délicat: examens électroencéphalographiques, neurobiochimiques, myographiques, et d'installations fort onéreuses à équiper: service de physiothérapie, ateliers d'ergothérapie, service de rééducation fonctionnelle.

Sa clientèle essentiellement urbaine n'irait pas à l'hôpital psychiatrique.

Au surplus c'est l'hôpital urbain qui, ne serait-ce que pour des raisons d'accessibilité, devra développer les formules «hôpital de jour» et «hôpital de nuit» si elles s'avèrent fructueuses.

Enfin, l'hôpital général, s'il s'intéresse à la revalidation et aux patients âgés, a besoin d'une aide dans le débrouillage des problèmes psychiques complexes de l'accidenté, de l'handicapé ou du vieillard.

Bref, tout hôpital général important devrait s'intéresser à la psychiatrie et ouvrir, à brève échéance, un service de neuropsychiatrie.

LES SERVICES DE GERIATRIE ET DE HANDICAPES.

Vous savez combien la situation, dans le domaine de l'action médicosociale en faveur des handicapés, et plus particulièrement en faveur des patients âgés, atteints dans leur motricité, ou marqués par des affections de longue durée, est cruciale. Les statistiques nous apprennent qu'en 1971 la population belge comptera approximativement 1.350.000 personnes âgées de plus de 65 ans. Il s'agit de maintenir le plus longtemps possible ces personnes en bonne santé, ou de les rétablir après un accident de santé; puis, le moment venu des infirmités définitives, de les héberger et de les entretenir.

Jusqu'à très récemment, et même encore de nos jours, très souvent le problème posé à la société par les patients atteints d'affection de longue durée était résolu par l'hébergement, soit dans le service

de médecine générale des hôpitaux généraux, soit dans les infirmeries d'hospices, soit encore dans les asiles d'aliénés.

Pareille situation ne serait pas dramatique si le séjour dans ces institutions était l'occasion d'un **traitement dynamique**. En fait il n'en est rien. A l'hôpital ces patients sont confondus parmi les cas de médecine; ils ne reçoivent, la plupart du temps, que des **soins d'entretien**. La carence est plus totale dans les autres établissements. Pourtant des spécialistes se sont formés, qui se sont préoccupés de développer, d'une façon toute particulière, et les techniques médicales, préventives et curatives appliquées aux vieillards, et les techniques de remobilisation et de rééducation appliquées aux handicapés.

Très schématiquement, **en ce qui concerne le vieillard** en particulier, on peut distinguer trois phases, dans la suite des soins qu'il convient de lui assurer.

La première phase se préoccupe de **dresser un bilan de santé**: dépistage des insuffisances non perçues; diagnostic précis des maladies déclarées — polydiagnostic la plupart du temps — essais de traitement.

La deuxième phase est consacré à l'**application du traitement**, reconnu adéquat, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux, ou, ce qui sera le plus souvent le cas, d'un traitement de réadaptation motrice.

Enfin, dernière phase qui ne concerne plus que les patients arrivés aux derniers jours de leur âge: **médecine et nursing d'entretien**, de soulagement de la douleur, soins infirmiers ultimes.

L'expérience prouve que le malade de bonne volonté peut toujours tirer profit d'une thérapeutique active, sans doute à des degrés différents, aussi longtemps que la sénilité vasculaire n'a pas annihilé la conscience et les facultés motrices.

Les première et deuxième phases sont indiscutablement hospitalières. Le malade est d'abord placé en observation, et la situation de ce dernier n'est pas très différente de celle de n'importe quel patient plus jeune qui subit, en médecine interne, une période d'observation, sauf que le médecin qui s'occupe de lui est gériâtre.

La deuxième phase tire parti de la présence dans l'hôpital général de tout le matériel de rééducation et d'entretien moteur et musculaire, indispensable au rôle qu'elle veut jouer.

La section de gériatrie et de réadaptation qui héberge le vieillard à ce stade de son traitement, se trouve bien d'être incorporée dans l'hôpital; elle diffère seulement des autres sections en ceci qu'elle doit être ainsi disposée et équipée que le patient âgé y trouve de plain pied, au voisinage même de son lit, tout le matériel nécessaire à son entretien moteur, dans un cadre adéquat.

Cette différence se traduit pourtant en termes d'architecture, par un gabarit plus étendu qui rend difficile l'insertion de l'unité de gériatrie dans le rang des autres unités hospitalières. La section en conséquence devra peut-être ne pas être logée dans l'immeuble qui contient les sections réservées aux autres disciplines, mais dans un autre, connexe et contigu. Dans ce cas, le même bâtiment pourrait héberger à la fois les patients en rééducation et ceux dont l'état décourage toutes les tentatives de relance.

Il y a intérêt à **réunir dans un même immeuble les patients qui poursuivent une cure d'entretien et ceux qui sont à l'ultime période.** En effet, la présence des patients susceptibles encore de revalidation donne à l'établissement un caractère de dynamisme suffisant à faire oublier aux autres leur condition désespérée.

Ceux-ci resteront — c'est inéluctable — nombreux. Une clientèle sélectionnée préalablement à son admission dans la section de gériatrie et de rééducation, abandonne néanmoins à l'institution qui l'a accueillie 15 à 20% de grabataires. Ces «incurables» que les familles repoussent, la section de revalidation doit sous peine de se paralyser par engorgement, les transférer dans des sections de simple entretien physiologique: ils iront rejoindre ceux qui, dès la sélection préliminaire, auront été jugés incapables de profiter de la cure de restauration.

Ces sections de simple entretien physiologique doivent être créées et leur fonctionnement soutenu financièrement, dans l'ordre de la nécessité, c.à.d. immédiatement: la clientèle qui attend leur création est considérable; leur création est la condition de la réussite d'une politique de **revalidation du vieillard** atteint d'affection chronique.

L'immeuble qui abriterait ces sections de simple entretien pourrait être celui qui loge le service de gériatrie et de réhabilitation, et se trouver du fait contigu à un hôpital général; mais il pourrait aussi, à mon estime, être distinct du complexe hospitalier général, et se trouver implanté dans une région plus rurale. Une condition formelle à ceci, cependant: l'existence d'une liaison de tutelle entre l'institution et le spécialiste qui patronne dans l'hôpital général, soit

une consultation de gériatrie pour les externes, soit mieux, s'il existe, le service de gériatrie et de réhabilitation de cet hôpital; cette liaison devrait inclure les plus larges facilités de transfert du patient d'une institution à l'autre, sur simple avis du spécialiste gériatre.

Les établissements qui ouvriront à la clientéle des services du genre de ceux que nous venons de décrire, devront évidemment mettre à la disposition de celle-ci, une main d'œuvre spécialisée, rare sur le marché de l'emploi: kinésistes, logopèdes, psychologues, animateurs, ergothérapeutes, et un personnel infirmier nombreux: globalement, deux infirmières pour trois malades, dans la section de revalidation, selon les spécialistes expérimentés.

Il faut être attentif ici aux conditoins très particulières que devrait réunir ce personnel infirmier. Les experts anglais, considèrent que la qualification, non seulement technique, mais aussi morale et psychologique du personnel, est la condition primordiale de l'efficacité dans le domaine de la gériatrie et de la réadaptation. Ils ajoutent: «*si parfaite que soit la condition psychologique et si total que soit le dévouement de ce personnel, la vie dans de grandes communautés de patients, exigeant des soins de longue durée, est à ce point astreignante et déprimante, qu'elle en vient à bout*». Aussi craignent-ils les institutions trop vastes, et donnent-ils la préférence à des centres relativement restreints en capacité, annexés à des hôpitaux généraux. Certains vont même jusqu'à déclarer souhaitable l'obligation qu'on ferait à tout hôpital général de plus de 200 lits, d'équiper en supplément un secteur de soins de longue durée, de l'ordre de 10 à 15% de l'effectif de base. Ils rejoignent ainsi nombre de fondateurs d'ordres religieux hospitaliers qui obligent, dans leur constitution, chaque maison à créer et à maintenir à côté de l'hôpital général classique une section pour vieux malades.

Toute l'organisation hospitalière de la médecine du vieillard handicapé chope, je ne l'ignore pas, contre un obstacle momentanément insurmontable: les exigences légitimes de viabilité financière ne sont pas satisfaites. Faisons le vœu que priorité soit donnée incessamment à ce problème, tant sont grandes la nécessité et l'urgence.

LA NECESSAIRE EVOLUTION DU NURSING.

Le fait de compléter l'activité hospitalière traditionnelle par l'adjonction de services techniques hautement spécialisés, avec leurs

exigences particulières, ne fait que rendre plus important l'évolution nécessaire du nursing vers plus de logique et plus d'efficacité. Un système qui paraît apporter du neuf dans cette direction est celui des **soins progressifs**. Ce que l'on sait des expériences anglo-saxonnes et de certaines expériences dans des pays limitrophes autorise à penser qu'on a franchi le stade expérimental. La nouvelle théorie s'avère solide: elle mérite de retenir votre intérêt.

Communément, les lits d'un hôpital sont répartis en unités, lesquelles unités sont attribuées à des services: chirurgie, orthopédie, traumatologie, O.R.L., médecine interne, cardiologie, pneumologie, etc... L'attribution des possibilités d'hospitalisation est donc fonction d'une répartition entre les diverses disciplines exercées dans la maison; la gravité du cas, sa nature, l'intensité des soins infirmiers à attribuer à chaque malade n'entrent pas en ligne de compte. Cependant, on avait observé que la mise en service de la salle de réveil, en chirurgie, avait coïncidé avec un allègement sensible du travail de l'équipe infirmière dans l'unité de soins, cependant qu'elle assurait à l'opéré une sécurité accrue.

On avait été frappé aussi par l'efficacité des hôpitaux de premier échelon qu'avait organisés l'armée américaine en Corée: ces formations volantes avaient pour seule mission d'effecteur un triage, et de «mettre en condition» pour le transfert ultérieur.

1. Soins intensifs.

D'où l'idée de **réunir**, en une section de dimensions calculées, **tous les cas graves, indistinctement médicaux ou chirurgicaux**, et cela pendant le temps strictement nécessaire à leur passage à la bénignité: de 2 à 5 jours, d'après les observations.

Chaque cas reste sous la surveillance constante et directe d'une infirmière qualifiée: le plan architectural, pour être valable, doit être ainsi conçu que l'infirmière à tout instant, voit son malade et l'observe directement. Un médecin y est en garde permanente. Les moyens les plus modernes d'enregistrement des données, de surveillance, et de réanimation, sont à la portée de la main. Le seul tribut que doit consentir le malade, c'est d'une part une moindre intimité, d'autre part un prix de revient de la journée particulièrement élevé.

L'unité de soins intensifs, ainsi qu'on dénomme cette section par-

ticulière, compte en moyenne un nombre de lits égal à 6 % du nombre total des lits de l'hôpital, maternité et pédiatrie non comptées.

Le plan, la situation, comme la capacité de cette section hyper-spécialisée seront évidemment particuliers à chaque hôpital.

2. «Self-care».

Dans le même ordre de préoccupation: doser l'intensité du nursing selon l'état du patient. On a mis en évidence le fait que bon nombre d'hospitalisés s'accommoderaient fort bien du séjour dans une unité où le caractère «**pension de famille**» l'emporte sur celui d'hôpital: patients admis en observation, pulmonaires non contagieux, patients en réhabilitation fonctionnelle, convalescents.

C'est le «self-care», des Américains.

3. Soins intermédiaires de court séjour.

Tout naturellement les soins compris entre «l'intensive care» et le «self-care» se donneront dans les unités traditionnelles, qui ne devraient donc subir aucune adaptation architecturale. Le **bénéfice** de l'adoption de la formule des soins progressifs doit se trouver dans **l'effectif plus réduit du personnel qualifié nécessaire pour les unités des soins intermédiaires et, a fortiori, pour les unités de self-care.**

L'organisation de ces trois échelons, calculée en fonction de la gravité de l'état du patient, réajuste la quantité de soins infirmiers à la situation du malade à un moment donné; elle est plus révolutionnaire dans sa théorie que dans son application, puisque, le cas échéant, si le personnel médical l'exige pour sa commodité, le **partage des lits** peut continuer à se faire **par spécialités**, au **niveau des soins intermédiaires**.

Notons accessoirement que l'intégration, dans l'hôpital général, des soins psychiatriques s'accommode parfaitement, de l'avis des spécialistes, de cette gradation dans le nursing.

4. Soins intermédiaires de long séjour.

Si à ces trois échelons on adjoint une section de soins intermédiaires mais de long séjour: affections chroniques exigeant une surveillance

superficielle mais prolongée, fractures compliquées traitées et maintenues sous plâtre, etc., on a tout le panorama d'une organisation logique du nursing hospitalier moderne.

Un auteur anglais, en conclusion d'une revue générale des expériences faites dans le cadre de ce qui vient d'être dit, déclare:

«L'organisation des soins progressifs aboutit à faire de l'ensemble de l'hôpital une seule unité fonctionnelle, ceci dans l'intérêt d'un nursing plus efficace et d'une attention plus grande donnée aux patients.

«Un des avantages majeurs est de réunir et d'utiliser le staff dans les meilleures conditions et aussi de réunir dans la section de soins intensifs les services et les équipements les plus coûteux, à l'endroit où ils sont nécessaires. Un des résultats les plus appréciables est d'éviter les doubles emplois et d'éviter les utilisations désordonnées d'équipement coûteux, complexes et délicats.

«Autre avantage, la réunion au niveau de l'unité de soins intensifs des patients les plus graves va permettre, dans l'avenir, l'application d'une automation poussée au dernier point dans la mesure de tout ce qui conditionne l'état du patient. A un moment donné, plus tard, on pourrait même imaginer l'application directe à un cas grave des enseignements de l'électronique et de la cybernétique médicales».

CONCLUSIONS.

Que nous voici loin de la conception que l'on avait de l'hôpital il y a quelques décennies encore!

La conception actuelle de la place de l'hôpital dans la société, de ses buts et de ses moyens, est essentiellement **dynamique**; elle tient compte à la fois des modifications substantielles intervenues dans le standing de vie de la population et des progrès incessants de la médecine vers plus d'efficacité et plus de sécurité.

Une question cependant se pose: ces efforts du monde hospitalier, sont-ils connus et appréciés par le public, par ceux-là qui pourraient éventuellement en bénéficier demain?

Laissons la parole à un auteur hollandais qui s'est, lui aussi, préoccupé de cet aspect de nos problèmes et de ses conséquences.

«Le public n'a le plus souvent aucune idée de ce qui est fait dans les hôpitaux au bénéfice des patients. Il est de la plus grande importance qu'il s'établisse, entre les hôpitaux et la clientèle desservie, des relations telles que le public ait pour le travail hospitalier la considération méritée.

L'opinion publique est souvent confrontée avec des tarifs en hausse constante. La plupart de temps on néglise de lui rendre perceptibles les raisons pour lesquelles tout devient aussi cher.

Le mystère, le secret dans lesquels vit le monde hospitalier, laisse au public cette impression que cette hausse du prix n'est pas faite pour servir le malade, mais uniquement pour donner à l'hôpital plus de facilités.

D'un certain point de vue, l'hôpital doit vendre ses services pour ne pas encourir le désaveu de l'opinion publique, et pouvoir poursuivre son évolution médico-technique».

A une époque où l'opinion publique gouverne les réactions des parlements, où l'octroi des crédits se décide sous la pression du sentiment populaire, où la poursuite du progrès médical et technique est enrayée par les restrictions ou les insuffisances budgétaires, une telle constatation est accablante. Il faut réagir dans l'intérêt bien compris des malades. **L'hôpital doit informer la population,** l'intéresser à ses initiatives comme à ses acquisitions, bref avoir un service de relations publiques actif.

C'est sur ce dernier aspect, sans doute inattendu, de l'évolution de l'hôpital que je conclurai.

L'hôpital doit être réceptif à tout ce qui améliore son rendement; il doit être ouvert à toutes les initiatives capables de l'améliorer, de le rendre actuel, de l'adopter au nouvel état des relations entre clientèle et travailleurs médicaux, de le rendre plus humain et plus social; il doit avoir vis-à-vis de ses personnels infirmier et paramédical une attitude de compréhensive estime et leur donner la part dans la gestion que leur dévouement leur mérite; il doit vivre en étroite coopération avec son personnel médical. Il doit rendre l'opinion publique consciente de ses efforts et de ses progrès.

S'il réalise tout ce programme, son avenir que nous venons d'explorer, est riche de consolantes et d'encourageantes certitudes.

Docteur A. NOKERMAN.

aspect médico-moral des progestogènes

par le docteur Raoul DE GUCHTENEERE.

La livraison nº 4 - 1963 des «**Ephemerides Theologicae Lovanienses**» contient deux articles importants sur cette question. Celui du Professeur J. Férin: «*De l'utilisation des médicaments inhibiteurs d'ovulation*» et celui du Professeur Chanoine L. Janssens: «*Morale conjugale et progestogènes*».

1 Après un bref aperçu des indications des progestogènes en gynécologie courante, le Professeur Férin envisage les deux applications des progestogènes qui soulèvent des problèmes moraux: après l'accouchement et à la ménopause.

Reprenant une thèse qu'il a déjà défendue antérieurement (voir Saint Luc Médical nº 4 -1963), il montre qu'après l'accouchement il existe des facteurs qui accélèrent ou retardent la reprise de la fonction ovarienne. L'homme, qui est un être raisonnable, peut intervenir activement dans ce système en favorisant l'une ou l'autre tendance. **Cette intervention ne détruit rien:** il ne s'agit que de renforcer un mécanisme physiologique qui existe dans l'état de nature. Dans cette perspective, elle lui paraît licite et la question du temps d'application est secondaire, étant admis qu'**aucune perturbation n'est apportée à l'équilibre du sujet.**

Un raisonnement similaire conduit l'auteur à préconiser les progestogènes dans la préménopause, notamment en cas de cycles irréguliers. Là encore, le médecin s'inscrirait dans la ligne physiologique **en renforçant la tendance qui doit aboutir à la cessation des ovulations.**

En fin d'article, le professeur Férin cite quelques éventualités où l'usage des progestogènes pourrait être indiqué, mais pour lesquelles il sollicite l'avis des moralistes:

1. «*Le mari peut refuser toute collaboration, soit volontairement en toute liberté, soit à la suite de troubles psycho-névrotiques. Dans ce dernier cas, on pourrait songer à l'administration de la médication au mari lui-même, ce qui entraîne rapidement la réduction, voire la suppression du désir sexuel;*
2. «*le niveau intellectuel du couple peut être trop bas, réfractaire à toute instruction adéquate. C'est le cas très certainement pour les populations de certaines régions en voie de développement;*
3. «*les cycles ovariens sont trop irréguliers ou les variations thermiques ne sont pas significatives. La situation peut être particulièrement difficile lorsque la grossesse éventuelle risque de menacer gravement la vie de la mère (maladie du cœur ou hypertension) ou l'intégrité de l'enfant (incompatibilité sanguine);*
4. «*la femme est atteinte d'une psychonévrose qui affecte gravement ses facultés intellectuelles ou son sens moral. Outre les complications d'ordre social susceptibles d'apparaître en cas de grossesse, il faut signaler l'effet nocif direct de la grossesse elle-même sur l'évolution de certaines psychoses*».

Il semble bien que la réponse à ces questions soit contenue, du moins implicitement, dans l'article du Chanoine Janssens, qui se demande précisément si l'appréciation morale de l'usage des progestogènes doit être enfermé dans le cadre des principes concernant la licéité des actes à plusieurs effets.

En d'autres termes, il conteste qu'il faille toujours une indication thérapeutique pour justifier l'administration des progestogènes; à son avis, d'autres raisons objectives pourraient être valables. Dans cette perspective, il n'y aurait plus d'objection à l'usage de progestogènes pour les trois premières éventualités proposées par le Prof. Férin (on peut douter d'ailleurs de l'efficacité de sa proposition de faire prendre la médication par le mari dans la première éventualité, s'il s'agit d'un amoral ou psychopathe).

Quant à la quatrième, il me semble que les progestogènes ne soient pas une mesure adéquate pour résoudre le problème. La stérilisation chirurgicale me paraît ici indiquée et c'est aussi une question sur laquelle les moralistes auront à se prononcer un jour.

2 L'étude du Chanoine Janssens est extrêmement importante, parce qu'elle ouvre des perspectives nouvelles sur l'aspect moral de l'emploi des progestogènes.

Jusqu'ici, en effet, «*les moralistes considèrent que l'usage des progestogènes en vue d'inhiber l'ovulation, parce que provoquant une stérilisation directe, constitue une violation du cinquième commandement. Si, au contraire, ces substances sont administrées dans un but thérapeutique, leur utilisation relève des principes classiques régissant la moralité des actes à plusieurs effets*».

Sans rejeter le moins du monde cette problématique, qui reste d'application dans de très nombreux cas pratiques, le Chanoine Janssens pense que les nouvelles acquisitions scientifiques au sujet des progestogènes permettent d'envisager autrement l'appréciation morale de leur emploi.

Mais avant d'en arriver à cette conclusion qui occupe la troisième partie de son article, l'auteur consacre un premier chapitre à l'examen des **indications devenues classiques** des progestogènes, en tant que thérapeutique rationnelle de certains troubles gynécologiques et psycho-somatiques. Et il n'a pas de peine à démontrer que pour tous ces cas, la loi du double effet joue parfaitement, du moment que l'indication médicale est valable.

Mais cette même loi s'applique moins bien lorsqu'il s'agit de justifier l'usage des inhibiteurs après l'accouchement, afin d'assurer un espacement rationnel des naissances. Sans doute, il y a des cas où une indication thérapeutique peut être invoquée: surmenage obstétrical, anémie ferriprive, irrégularités menstruelles récidivantes. Le plus souvent cependant il n'existe pas d'indication médicale vraiment contraignante: il s'agit plutôt de **raisons économiques ou sociales**. Et c'est de propos délibéré, que les conjoints et leur médecin choisiront de renforcer, comme le dit le professeur Férin, celle des tendances naturelles qui retarde la reprise de l'activité ovarienne, et entretient ainsi une stérilité provisoire. Dès lors, la loi des actes à effets multiples n'est plus d'application. Il n'y a plus, d'une part, une action thérapeutique bienfaisante, recherchée pour elle-même, et d'autre part un effet mauvais — la stérilisation — accepté ou toléré sans être directement voulu. L'espacement des naissances est voulu en lui-même, pour des raisons valables, et par le truchement d'une médication hormonale qui ne détruit rien.

Peut-on encore taxer de stérilisation directe pareille manière d'agir et la condamner comme un acte illicite?

La deuxième partie de l'article est consacrée d'abord à une étude historique des préceptes de la morale conjugale à partir de **Saint Augustin** qui fut le premier à les codifier. Sa conception du mariage était très rigoriste: pour lui, l'acte conjugal n'est justifié que par les exigences de la procréation. Les rapports sexuels qui dépassent ces exigences constituent un péché véniel. La continence doit donc être observée quand une nouvelle conception n'est pas possible, par exemple pendant la grossesse ou quand l'âge a entraîné la stérilité. Empruntée pour une bonne part aux philosophes païens — les stoïciens et les néo-pythagoriciens — cette notion pessimiste du mariage a dominé la théologie chrétienne pendant de longs siècles. (1) C'est un véritable dualisme, qui érige une cloison étanche entre la vie sexuelle des conjoints et leur union de charité spirituelle: plus le désir charnel est réprimé, plus la charité conjugale se confirme.

Sans doute, **les scolastiques**, à partir d'Albert le Grand, ont compris «*que la séparation, voire l'opposition entre l'union charnelle et l'union spirituelle des époux empêchait la tradition augustienne d'élaborer une morale conjugale faisant droit à la vie sexuelle des époux*». Ils sont arrivés à la notion plus juste que l'acte conjugal est à la fois un acte de procréation et un acte personnel susceptible d'être intégré dans les intentions de la fidélité et de l'amour.

Et de nos jours, les manuels de morale conjugale n'omettent pas de mentionner la relation entre les rapports sexuels et l'amour mutuel des époux. Mais ils se contentent de dire que l'amour peut être une fin subjective (finis operantis) de l'acte conjugal.

C'est insuffisant, car en fait, dit le Chanoine Janssens, «*l'acte conjugal est, par sa propre réalité humaine (per se) une expression d'amour conjugal, et c'est son sens intrinsèque (finis operis) d'être in-*

---

(1) Comme l'exprime la Conférence de Lambeth en 1958 (des Evêques anglicans): «*C'est un lieu commun, en théologie chrétienne, de mentionner la procréation d'abord, comme pour dire que c'est la fin principale du mariage. Mais il n'est pas vrai que les autres devoirs et relations du mariage doivent lui être subordonnés. Ni la Bible, ni l'expérience humaine ne confirment cette thèse. Quand on l'a défendue, c'était d'ordinaire par crainte des abus dans les relations sexuelles, ou bien à cause de l'idée fausse qu'il y a dans toute relation sexuelle, une sorte de mal intrinsèque*».

carnation de cet amour. La distinction est capitale, car tout acte humain reçoit sa qualification morale essentielle de sa signification intrinsèque (finis operis) tandis que les fins subjectives (finis operantis) peuvent être choisies librement pourvu qu'elles soient bonnes».

Le sens complet de l'acte conjugal est donc d'être, tout à la fois, expression d'amour et acte procréateur — étant entendu que **la procréation se prolonge dans l'éducation des enfants.** C'est dans cette optique qu'il faut examiner alors la moralité d'une régulation des naissances et des moyens employés à cette fin.

La régulation des naissances a obtenu droit de cité dans la morale catholique, surtout depuis l'avènement de la continence périodique selon Ogino-Knaus et les commentaires de Pie XII, qui en a précisé «*la légitimité et les limites en vérité très larges*».

A vrai dire, il ne s'agit par exactement d'un planning familial préétabli, auquel on se tiendra rigoureusement et par n'importe quel moyen. Car dans la conception chrétienne du mariage, les époux doivent éviter tout calcul égoïste et avoir la volonté d'une fécondité généreuse. Il existe un devoir de fécondité dans le mariage, même si les circonstances concrètes dans lesquelles ce mariage est vécu sont telles que cette fécondité soit fort réduite. «*Leur projet de fécondité généreuse devra donc faire l'objet d'un dialogue continu au cours de leur vie conjugale, et dans chaque nouvelle situation ils devront examiner en conscience ce que Dieu attend de leur générosité*».

Mais la morale exige aussi que chaque acte conjugal soit respecté dans sa structure naturelle. Pourquoi cette exigence que les incroyants et même les chrétiens séparés comprennent si mal? A cela le Chanoine Janssens répond que c'est à tort qu'on a invoqué comme raison que le coït interrompu et l'usage de moyens anticonceptionnels heurtent de front l'exigence morale selon laquelle l'acte conjugal ne peut jamais exclure positivement la procréation.

Car d'une certaine façon, la continence périodique l'exclut tout aussi positivement: elle crée un obstacle **d'ordre temporel** par le choix exclusif des rapports sexuels durant les seules périodes stériles, tout comme l'usage de contraceptifs constitue un obstacle **d'ordre spatial**, en élevant une cloison matérielle entre les organes des époux. La vraie raison pour laquelle l'acte conjugal doit être respecté dans son intégrité, c'est qu'il a pour sens intrinsèque (finis operis) d'être expression et incarnation de l'amour conjugal.

«*Nous avons déjà dit que l'amour conjugal, comme tout amour humain, a besoin d'éléments objectifs et donc de relations objectives pour atteindre effectivement le partenaire. A cet effet, il peut s'incarner en de nombreuses manifestations palpables: attentions, services, collaboration, intimités, etc. Mais l'amour conjugal dispose d'un moyen de s'exprimer et de s'incarner qui lui est spécifiquement propre et exclusivement réservé et qu'on appelle pour cette raison* **acte conjugal**. *Nous avons déjà noté que cet acte exprime l'amour conjugal en tant qu'il est l'âme d'une union définitive et exclusive des conjoints. Dans cette union définitive et exclusive, les époux se confient totalement l'un à l'autre. La réciprocité de leur amour inclut un abandon mutuel, sans réserves et sans restrictions; tel est le sens intrinsèque de l'acte conjugal. Dès lors, si cet acte est vicié, si, dans la façon même de le poser, on introduit des réserves et des restrictions, il perd son sens d'abandon mutuel total*».

Après avoir posé ces deux prémisses importantes:

1. l'acte conjugal vaut en soi comme expression d'amour,
2. étant expression d'amour et d'abandon total, il doit être respecté dans son intégrité.

Le chanoine Janssens aborde alors la troisième partie de son exposé en établissant un **parallèle entre la continence périodique et l'usage des progestogènes**. De part et d'autre, l'acte conjugal est respecté dans sa structure naturelle; pour l'un comme pour l'autre, il faut des raisons objectives pour justifier leur emploi, dans le contexte d'une fécondité généreuse.

Quant au reproche que l'on fait aux progestogènes d'être stérilisants, il peut aussi, d'une certaine façon, s'appliquer à la continence périodique, puisqu'elle consiste à mettre intentionnellement un **obstacle temporel** à la fécondation de l'ovule. Le Dr. Rock fait d'ailleurs très justement remarquer dans son livre «*The Time has Come*» (1) que l'emploi des progestogènes est, dans un sens, moins stérilisant que la continence périodique, puisque les ovaires sont mis au repos et que les ovules primordiaux y restent conservés, tandis que la continence périodique spécule, au cours de chaque cycle, sur le dépérissement de l'ovule pour prévenir qu'il n'exerce sa capacité génératrice.

(1) Voir la bibliographie dans ce numéro.

Il résulte de tout cela que, si la continence périodique est justifiée dès qu'une indication valable existe, comme pour l'espacement rationnel des naissances, on ne voit pas pourquoi les progestogènes, qui prolongent la phase de repos du postpartum, ne pourraient pas également se justifier par les différentes indications mettant la régulation des naissances au service d'une procréation généreuse.

En conclusion toutefois, le Chanoine Janssens prend soin de dire qu'on ne doit pas recourir aux progestogènes quand la pratique de la continence périodique est possible et suffisamment efficace pour assurer une procréation volontaire et généreuse. Cette précaution n'est pas inutile, car le profane pourrait croire erronément, en lisant cet habile plaidoyer, qu'il n'y a vraiment aucune différence de valeur morale entre la continence périodique et l'inhibition de l'ovulation. Or **cette différence reste énorme** puisque d'une part, l'espacement des naissances est obtenu par l'abstention sexuelle — souvent bien pénible, quoique intermittente — tandis que d'autre part, libre cours est donné aux impulsions amoureuses des conjoints.

Pour le profane, il semble donc que **les indications objectives pouvant justifier l'usage des progestogènes doivent être plus impérieuses que celles que réclame la continence périodique.** Car les valeurs charnelles ne peuvent être érigées en absolu, comme le veut une tendance contemporaine, mais doivent rester au service du progrès de chacun des conjoints dans l'amour mutuel. Et à cet effet, une certaine continence imposée par les circonstances et pour des raisons valables reste un moyen, irremplaçable, de spiritualisation de l'amour humain.

Le Chanoine Janssens s'en rend très bien compte, puisqu'il souhaite avec Rock que les chercheurs trouvent bientôt le moyen d'**augmenter la sécurité de la continence périodique**, afin qu'elle devienne applicable pour le grand nombre. En attendant la réalisation de ce souhait, il estime que dans les cas où la continence périodique est indiquée, mais n'est pas praticable ou insuffisamment efficace (cycles trop irréguliers, courbe thermique illisible, défaut d'instruction, surtout dans les pays sous-développés) elle peut être remplacée par le recours aux progestogènes tant qu'on les utilise dans le cadre et dans les limites d'une fécondité généreuse.

Docteur R. DE GUCHTENEERE.

Nouvelles de saint-luc

1. Société médicale belge de saint-luc.

1. CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Le Conseil d'Administration s'est réuni le 12 mars en séance ordinaire.

2. REUNION DES MEDECINS ET MORALISTES.

La réunion du dimanche 15 mars avait pour thème «*la Stérilisation chirurgicale de la femme*».

Dans un exposé d'une bouleversante sincérité, le professeur RENAER cita une série de cas personnels où la conscience du médecin fut mise à rude épreuve en ce qui concerne les décisions à prendre.

Le R.P. DELEPIERRE, aumônier général de l'Association, s'attacha à définir les principes moraux qui doivent guider la conduite du médecin en présence de cas troublants.

Le Conseil d'Administration a invité les orateurs à remettre un texte de leurs interventions, à mettre à la disposition de ceux que cela intéresse.

3. SECRETARIAT MEDICO-SOCIAL ET PROFESSIONNEL.

La réunion du 16 avril 1964 devrait avoir pour objet la poursuite de l'étude de la médecine de groupe et de la médecine d'équipe.

Le conférencier pressenti ayant été mobilisé, la réunion donna lieu à un intéressant échange de vues sur l'attitude à adopter par les médecins chrétiens dans le *conflit médico-gouvernemental.*

2. Le congrès de Malte

En page 41 du numéro 2 de SAINT-LUC MEDICAL, nous avons annoncé que se tiendra à Malte, du 6 au 10 septembre 1964, le Premier Congrès Européen des Médecins Catholiques. Voici quelques précisions supplémentaires.

1. PROGRAMME.

D. 6 sept.:
16 H 30: Grand'Messe Solennelle à St. John's Co-Cathedral.
21 H 00: Théâtre et Concert Philarmonique en plein air.
L. 7 sept.:
9 H : Séance scientifique: «Conseils prénuptiaux et Préparation au Mariage» Auditorium du Catholic Institute, Floriana.
15 H : Excursion (Tour de Valetta, Palais des Chevaliers de Malte, Cathédrale, Reviere) ou temps libre.

19 H 30: Réception par le Président et les membres de la Medical Officers Union.

M. 8 sept:

9 H : Séance scientifique: «La régulation des naissances dans le cadre familial chrétien». Même auditorium.

13 H : Réception par S.E. l'Archevêque Métropolitain de Malte.

15 H : Excursion (Tour de Rabat, Catacombes, Villa romaine, Notabile et Jardins de Boschetto) ou temps libre.

21 H : Réception par le Premier Ministre de Malte.

M. 9 sept:

9 H : Séance scientifique: «Le médecin et son rôle dans la mésentente conjugale. Même auditorium.

15 H : Excursion (Grand Port, Temples Néolithiques, Tarxien, Ohar Dalam, Hypogée, Halsaflieni, les Trois Villes) ou temps libre.

18 H 45: Réception par S.E. le Gouverneur et Lady Dorman.

21 H : Réceptions diverses.

J. 10 sept.:

9 H : Séance scientifique: «Le médecin, membres de l'Eglise». Même auditorium.

16 H : Clôture solennelle du Congrès, Messe basse, sermon par le R.P. Riquet.

19 H 45: Dîner du Congrès au Governor's Palace, Valetta.

22 H 45: Bal du Congrès au Casino Maltese, Valletta.

2. VOYAGE PROPOSE.

S. 5 sept.: Départ avion 11 H 05 via Nice. Arrivée à Rome 14 H 30. Diner. Logement.

D. 6 sept.: Petit déjeuner. Départ 07 H 35. Arrivée à Malte à 09 H 10. Installation hôtel. Excursion avant la Grand'Messe. (Marfa, Via Salini, St. Paul's Bay, ferry-boat au Gozo (l'île sœur).

7, 8, 9, 10: Voir programme.

V. 11 sept.: Petit déjeuner. Départ 11 H 25, via Rome (arrivée 13 H 25) Départ 17 H via Milan. Arrivée à Bruxelles à 20 H 25.

3. CONDITIONS.

— Avion classe touriste. Demi-pension en hôtel premier ordre à Rome.
— Pension complète à Malte en hôtel premier ordre supérieur.
— Chambre double avec bain. Les quatre excursions prévues.
— Le tout: 13.570 francs.
— Il faut y ajouter le droit d'inscription au Congrès: 6 livres pour un médecin, 3 livres pour un membre de la famille l'accompagnant. Pour le dîner et le bal du Congrès, le prix du ticket est de 3 livres par personne.

4. INSCRIPTIONS.

S'inscrire d'urgence au Secrétariat Général de Saint-Luc, 19, avenue de l'Yser - Bruxelles 4. Si les inscriptions atteignent le total de 10, on peut espérer 10% de réduction.

Bibliographie

THE TIME HAS COME — Dr. John ROCK, M.D.
New-York, 1963.

Publié l'an dernier aux Etats-Unis, le livre du Dr. Rock y est devenu rapidement un best seller. Traduit en plusieurs langues, il a fait aussi son petit tour d'Europe, et il n'a pas manqué d'intéresser même les Pères Conciliaires. Et cela non sans raisons.

D'abord le Dr. Rock se présente lui-même comme médecin catholique, désireux d'apporter sa contribution à l'arrêt de la querelle du Birth Control. Le sous-titre de son livre l'indique clairement: «*a catholic doctor's proposals to end the battle over birth control*». Ensuite, Rock est bien connu dans les milieux médicaux comme l'un des promoteurs, avec Pincus, des inhibiteurs de l'ovulation. A ce double titre de chercheur et de gynécologue catholique, son témoignage a du poids.

Le livre est bien écrit, se lit facilement et sa documentation est impeccable. Mais son optique est très américaine et parfois difficile à saisir pour l'Européen, peu familiarisé avec le genre de problèmes qui agitent l'opinion aux Etats-Unis. Le Birth Control est un de ces problèmes — comme l'était la prohibition jadis — autour desquels les passions se déchaînent et les antagonismes s'affrontent, religieux autant que politiques.

Se référant aux meilleures sources, l'auteur n'a aucune peine à démontrer que les autorités religieuses, tant catholiques que protestantes, sont **d'accord sur le principe d'une régulation des naissances, guidée par la raison**, et que **les divergences de vue ne concernent que les méthodes à employer**. Pour les catholiques, seule la continence périodique est licite. Pour les protestants, ce qui compte surtout, ce sont les motifs de limitations; les procédés n'ont guère d'importance. Bien sûr, il y a les attardés dans les deux camps, et ils semblent nombreux dans le clergé américain, dont la formation théologique est assez sommaire: ceux qui tiennent le natalisme pour la pure doctrine catholique («*the more the merrier*»). A l'opposé, il y a ceux qui, tels le Père Flynn, se demandent si la référence à la loi naturelle en matière de morale conjugale, a bien toute la force contraignante qu'une longue tradition lui a conférée. Après tout, selon St Thomas, ce qui est conforme à la nature de l'homme, c'est d'agir selon la raison, et de résoudre constamment les problèmes qu'une nature brute et souvent hostile ne cesse de lui poser.

Quoi qu'il en soit de l'influence respective de ces deux courants d'opinion, une chose est certaine: une évolution est en train de s'accomplir dans le monde catholique aux Etats-Unis. Elle serait même plus rapide s'il n'y avait l'obstacle

des problèmes politiques liés aux questions morales dans certaines Etats de l'Union, notamment le Massachusetts et le Connecticut. Ces deux Etats possèdent encore des lois réprimant toute propagande anticonceptionnelle, et une lutte ardente est engagée entre catholiques et protestants autour de leur éventuelle abolition. Même au niveau fédéral, on voit des prises de position influencées par l'allégeance religieuse: ainsi pour l'aide aux pays sous-développés, qui comporte d'ordinaire le financement d'une certaine planification des naissances. A cet égard et malgré l'opposition des évêques catholiques, le Président Kennedy avait émis une opinion très nuancée, en disant qu'il ne voyait pas à quel titre les Etats-Unis refuseraient d'aider un pays dans le besoin, simplement parce que ce pays poursuivait une politique de planification des naissances qu'il estimait conforme à ses intérêts vitaux.

Le problème est difficile. Il se pose périodiquement à l'Organisation Mondiale de la Santé, et sa solution s'y heurte aux mêmes oppositions doctrinales. Il se complique d'ailleurs du fait que la continence périodique, selon Ogino-Knaus ou avec l'appoint de la courbe thermique, est pratiquement inapplicable par l'immense majorité des populations sous-développées. Même les moyens anticonceptionnels classiques y ont un rendement très limité.

Ce qu'il faut donc, selon Rock, c'est un rassemblement de toutes les ressources scientifiques des pays évolués afin de réaliser une recherche systématique en matière de reproduction humaine, d'où pourraient sortir de **nouveaux procédés de contrôle des naissances acceptables par tous**. Et l'auteur ne manque pas d'invoquer le jugement de S.E. le cadinal Suenens, lors de la Conférence Mondiale de la Santé à Bruxelles en 1958: «*Nous n'avons pas le droit de demander que les hommes obéissent à une loi si en même temps nous ne faisons pas tout notre possible pour faciliter cette obéissance*».

A cet égard, Rock considère que les inhibiteurs de l'ovulation représentent déjà un progrès trés considérable sur tout ce qui existait auparavant au point de vue régulation des naissances. Il fait un plaidoyer très habile en faveur de la licéité de leur emploi; dans son esprit, celui-ci doit être assimilé à une mesure plutôt conservatoire que stérilisante, puisqu'après tout aucun ovule n'est détruit. Quant à la continence périodique, il souhaite que de nouvelles recherches puissent la rendre beaucoup plus sûre qu'elle n'est à présent. A cet effet, **il faudrait trouver un moyen pratique de détecter, dans l'urine, les métabolites de l'hormone lutéinisante (L.H.) sécrétée en abondance par l'hypophyse dès avant l'ovulation. Ou bien réussir à déclencher à coup sûr, chaque mois, l'ovulation à date fixe.** Aucun des deux procédés n'est actuellement au point, mais Rock pense que, moyennant des efforts suffisants des chercheurs et des autorités publiques qui doivent financer ces recherches, on y arrivera à une échéance relativement brève.

Ainsi l'irritante querelle autour du Birth Control pourrait trouver son apaisement dans un effort commun de recherche scientifique, en esprit de tolérance réciproque, afin de libérer l'humanité, et surtout sa fraction la plus déshéritée, des conséquences désastreuses d'une fertilité déréglée.

R. De G.

POUR MIEUX VIVRE — Théodore BOVET.
Collect. «*La vie et l'amour*» — Feuilles familiales — 54 rue Marie de Bourgogne, Bruxelles 4. — 183 pages.

L'auteur, médecin psychiatre suisse, conseiller conjugal, appartient à l'Eglise réformée dans laquelle, élevé en dehors de toute religion, il s'est engagé vers la trentaine.

Dans son étude il s'est efforcé «*de faire une coupe verticale dans l'incessante transformation de l'être*». Il y réussit parfaitement, embrassant la vie selon ses deux dimensions: **verticale** (naissance, prime-enfance, enfance, adolescence, l'âge adulte, l'âge mûr) et **horizontale** (les divers facteurs agissant à tous les âges: la sexualité, l'amour, le prochain, l'équipe, le travail, la maladie, le délaissement, la mort, la tentation, le péché, le doute...) Tout cela dans la pleine lumière de notre vocation de fils de Dieu et de frère du Christ.

Ecrit dans une langue claire, sans tomber jamais dans le piège du jargon psychologique, scientifique ou théologique, ce livre est un appel à l'optimisme, à la joie, à l'amour. Il répond à la plupart des questions que l'on se pose à chaque étape de l'existence: la petite crise de l'enfance, la grande crise de l'adolescence, (qu'il appelle «*la deuxième naissance*»), le rôle du père et celui de la mère, la lutte des générations.

L'ouvrage abonde en phrases lapidaires: «*L'homme N'EST pas; il DEVIENT sans cesse... Le mariage est plus que la somme de ses parties, il est primordialement un tout... Dieu est un Dieu vivant, qui recrée éternellement toute chose... Dieu nous mène toujours vers le prochain et l'immédiat, mais à travers eux il réalise son plan universel... L'homme est le partenaire de Dieu... Toute l'activité humaine consitue la réponse de l'homme à l'appel divin de co-création...* Si nous sommes *de ceux qui disent couramment*: «*je n'ai pas le temps*», **nous ne vivons pas, mais nous sommes vécus**»...

Voici un charmant paradoxe: «*qui refuse de mûrir, vieillit; le seul moyen de ne pas vieillir, c'est de mûrir*». (Ainsi évite-t-on le gâtisme, qui est un nouvel infantilisme)... *Celui qui a vraiment mûri dans sa profession doit être capable, à partir de la cinquantaine, de travailler moins et mieux... La vieillesse est une* «*seconde puberté*» *ou plus exactement un retour à la puberté*, car la vie offre des possibilités insoupçonnées après soixante ou soixante-dix ans; c'est l'heure d'un choix.

«*La maladie est une expression comme une autre de notre personnalité globale; et le plus souvent l'expression d'un malentendu avec le prochain... Toute tentation qui nous assaille est celle de Jésus-Christ par le truchement de ses membres, de sa communauté. Ce n'est pas nous qui sommes tentés, c'est Jésus-Christ qui est tenté en nous... Le péché, c'est la recherche de soi-même ... Le Christ n'est pas un état, c'est une vie, sa liberté n'est pas le repos, mais le mouvement... Il ne s'agit plus uniquement de conversion personnelle; aujourd'hui, c'est en tant que chrétienté que nous devons nous convertir... Le monde est devenu majeur. L'Eglise ne pourra annoncer à nouveau son message de joie que si elle accepte le monde majeur*»...

Ces citations donnent le ton de l'ouvrage. Comme on se sent proches, en le lisant, de nos frères séparés. Nous pensions avoir un langage neuf; nous le retrouvons chez eux. Le petit livre de Théodore BOVET, de format très facile, est à lire et à méditer: **on vivra mieux**, si l'on suit ses enseignements. Il rendra de grands services aux «*inquiets*», aux «*insatisfaits*» de tous les âges.

R.V.G.

«TEILHARD ET LA FOI DES HOMMES» — Ignace LEPP.
Editions Universitaires, décembre 1963.

Voici un livre qui est écrit par un homme vivant intensément les problèmes de notre temps, non pas celui d'avant guerre ou même de 1950, mais bien de 1963 et 1964. Ignace Lepp, converti et ancien communiste et non des moindres, puisqu'il fut professeur de dialectique marxiste à l'Université de Tiflis (U.R.S.S.), nous livre ce que la conception Teilhardienne du monde lui a apporté. C'est grâce à cette vue prophétique de l'éminent père jésuite que sa foi encore jeune s'est cramponnée et a pu croître de façon prodigieuse et réconfortante. Ce sont des chrétiens comme Ignace Lepp dont l'Eglise, au siècle atomique et social, a le plus besoin. Livre profond, de lecture relativement aisée, chacun pourra y puiser une nourriture spirituelle et apercevoir «*ce que Teilhard apporte en qualité à la foi des hommes*».

J.G.

LA VIE (Limites-Possibilités-Potentialités) par un groupe de savants.
Cahier d'études biologiques nº 8, 9 et 10 vendus ensemble.
Edit. P. Lethielleux, 10 rue Cassette, Paris (6e) 288 pages — 27 frs français.

Les Cahiers d'études biologiques sont publiés par l'Université catholique de Lyon. Ils s'efforcent d'exprimer la pensée scientifique et philosophique dans un langage qui convient à la fois au chercheur spécialisé et à l'homme cultivé.

Les numéros 8, 9 et 10 étudient, en une vingtaine d'articles dûs à de grands noms de la biologie et de la médecine françaises, les limites et les possibilités de la vie en général et celles de la vie humaine en particulier, sur notre planète; ils envisagent ensuite les possibilités d'autres types de vie en d'autres lieux de l'espace et du temps.

Après avoir répondu à la question: «*la cellule est-elle l'atome biologique?*», sont étudiés dans une première partie les problèmes de longévité, de reviviscence, de quiescence et de diapause, d'adaptation de la vie à des milieux limites (zones intertidales, cavernes, abysses, eau glacée...), de gigantisme. Une deuxième série étudie la vie de l'homme en hypothermie, dans un état de «*Non-vie*» (plutôt que de mort apparente), où l'intelligence est absente, la physiologie différente, où seule la morphologie anatomique subsiste, «le

maintien en vie artificielle d'un cadavre; l'individu est mort comme individu» (Chauchard); l'homme n'est plus «*l'homme pleinement homme qui a appris à se servir humainement du cerveau humain*». (idem).

Enfin une troisième suite envisage les possibilités de la vie hors de la terre, sur d'autres planètes, et l'adapatation possible de l'homme à la vie extra-terrestre.

En résumé: hymne à l'ingéniosité instinctive de la vie et à l'ingéniosité co-créatrice de l'homme. C'est d'une lecture passionnante.

R.V.G.

NEBRA (Un effort exemplaire de développement régional)
Engène COLLARD —
Edit. Dimanche, 20, place de Vannes, Mons — 116 pages — 60 frs.
(CCP. 2185.86).

L'abbé Collard, maître de conférences à l'Université de Louvain, est l'éditeur de l'hebdomadaire «*Dimanche*». qui tire à plus de 300.000 exemplaires. Ce journal a été adopté comme organe paroissial par pas mal de paroisses de Belgique, qui y insèrent leur propre page locale.

L'auteur est, par le fait même, «*plongé dans le bain*»; il vit au rythme de l'Eglise d'aujourd'hui, de ses préoccupations œcuméniques, de son grand message de charité fraternelle. Il n'est donc pas étonnant qu'il se soit intéressé aux pays où l'on «crève» encore de misère, de maladie et de faim. Et en homme réaliste, il concentre son effort, il adopte un petit coin du monde, le Nord-Est brésilien.

Il y est allé, il l'a parcouru selon toutes ses diagonales, il en a rapporté un reportage bouleversant, d'abord par son analyse lucide et fouillée des conditions de vie rencontrées dans cette région, ensuite par son récit sur l'effort réaliste de la chrétienté du NEBRA (N-E Brésil) en vue d'y construire une communauté humaine vivant une existence digne de la personne humaine.

23 millions d'habitants vivent sur 1,5 million de km2; chacun d'entr'eux ne jouit que d'un revenu moyen de 5.000 frs par an; les 70% de la population sont analphabètes et sur 100 bébés, plus de 50 meurent avant l'âge d'un an. Le NEBRA est un immense polygone de sécheresse aride entre deux lisières humides et fertiles où les grands centres foisonnent de bidonvilles et où règne un régime capitaliste impitoyable du type «colonialiste». (Le NEBRA est en somme une colonie du restant du Brésil!). Les hommes y pourrissent, y mourant littéralement de soif et de faim; ils doivent emprunter pour se procurer les pauvres aliments de base. Les salaires y sont de 5 à 9 francs par jour! La cause profonde de cette misère est «*l'habitude des maîtres d'exploiter les ressources naturelles à la diable, sans souci de l'ouvrage bien fait et avec un mépris total du travailleur, pour s'enrichir au plus vite*». Les entreprises agricoles y sont sous-exploitées économiquement et sur-exploitées socialement.

Avec audace, l'Eglise du NEBRA a relevé le gant et pris en main l'œuvre de résurrection de ce pays. Le clergé y est proche du peuple; il a lancé le **Mouvement du Natal**; ses caractéristiques en sont une camaraderie, un christianisme

total, d'ensemble, et que la pauvreté astreint à un *réalisme* intelligent. Tout est basé sur les modestes centres sociaux créés dans les villages constituant ensemble une paroisse (il n'y a qu'un prêtre par 16.000 habitants!); ce sont des communautés de prière, d'enseignement (grâce surtout à un réseau d'écoles radiophoniques), de coopératives et de syndicats ruraux, d'assistance immédiate parant aux besoins les plus pressés, de développement de l'artisanat. Vraiment toute l'Eglise y est à l'offensive, et grâce à sa pauvreté, elle est réaliste! Il s'agit pour nos vieilles chrétientés confortables d'aider celle du NEBRA à se débrouiller, d'y envoyer en renfort des prêtres, des religieux, des auxiliaires laïcs, des techniciens, **des médecins** «*tous terrains*» et des super-infirmières capables de former vite et bien accoucheuses, puéricultrices, infirmières hospitalières.

Le livret se termine par la photo d'un joli bébé, la petite Maria da Conceiçao da Silva, sur les genoux de sa marraine. Baptisée par l'auteur en juillet 1961 elle avait comme tous les bébés Nordestins plus de chances de mourir que de survivre. De fait, hélas, au début des pluies de 1962, elle est morte...

Il y a là un appel urgent, qui ne peut laisser aucun de nous indifférent. Ces pages sincères nous décrassent de nos habitudes de chrétiens routiniers abonnés au bien-être et au paradis. **Il nous incombe à nous, médecins catholiques de Belgique, de prendre nos responsabilités et d'y envoyer en notre nom, soutenus par nous, les plus généreux d'entre nous.**

R.V.G.

Revues reçues

SAINT-LUC FRANCE — No 8 — Sept.-Oct. 63.

LE RECLASSEMENT DES HANDICAPES EN GRANDE BRETAGNE.

Nous en extrayons les données suivantes:

Quelques principes:

Il n'est pas question de payer aux handicapés des salaires inférieurs à ceux des non-handicapés; il faut insister sur leurs capacités et possibilités plus que sur leurs faiblesses; il ne faut pas essayer «d'assortir» tel travail à telle infirmité (cela restreint le choix et ne permet plus de faire entrer en ligne de compte les aptitudes personnelles); ceux qui emploient plus de 20 personnes doivent réserver 3% de leurs emplois aux handicapés inscrits (en fait beaucoup dépassent ce minimum légal de 3%); certains emplois sont normalement réservés aux handicapés: gardiens de parking et liftiers p.ex. (plus de 5.000 handicapés occupent ces fonctions à la satisfaction générale).

La réadaptation:

Un individu handicapé par la maladie ou par un long chômage peut avoir besoin de réadaptation pour reprendre le travail. 17 centres de réadaptation fonctionnent en Grande-Bretagne, comme de véritables usines, y compris pour la distribution des heures de travail; les indemnités de stage sont presque au tarif des salaires courants. Environ les 75% de ceux qui ont suivi les stages de ces centres ont été placés: plus de 120.000 personnes ont suivi ces stages pendant les 17 dernières années.

Pour les handicapés graves qui ne peuvent maintenir le rythme du travail normal, des ateliers spéciaux fonctionnent. La Société Anonyme du Réemploi possède 90 usines utilisant plus de 6.400 grands infirmes; les autres ateliers spéciaux en emploient plus de 8.000.

MEDICAL FORUM — Manille-Philippines.

LE CONTROLE DES NAISSANCES AU JAPON.

Dans la revue des Médecins Catholiques Asiens, **the Médical Forum**, le docteur KIYOMITSU KATO (Japon) parle des 14 années d'expérience de politique démographique au Japon (1948-1962).

En 1947, le taux des naissances atteignait 34,3 ‰.

En 1948, la loi de «Protection eugénique» fut promulguée, pour rendre légaux la contraception, la stérilisation et l'avortement, dans le but de contrôler les naissances.

Le résultat le plus net en fut une augmentation massive des abortus: en 1961 on enregistra 1.600.000 naissances et on évalua les abortus à 1.600.000 également. Le taux des naissances descendit jusqu'à 17,2°/oo. Le taux des décès ayant été de son côté ramené à 7,6°/oo, l'excédent des naissances sur les décès n'atteint plus que 10°/oo

Il est à remarquer que les méthodes contraceptives (pilules) popularisées n'ont pas fait diminuer le total des avortements, bien au contraire. (797.000 en 1950, 1.765.000 en 1960).

Les conséquences démographiques de cette politique sont assez tragiques: le pronostic indique un vieillissement grave et soudain de la population, et cela pour une longue période de temps: la population jeune (sous 14 ans) a diminué de 1.400.000 en 10 ans (1951-1961), tandis que la population âgée (au-delà de 65 ans) a augmenté de 1.300.000 On prévoit qu'au rythme actuel la population active sera réduite de moitié d'ici l'an 2.000.

La population totale continuera d'augmenter annuellement de 10°/oo et atteindra 113.000.000 d'âmes dans 40 ans (93.000.000 actuellement), ensuite elle commencera à décroître.

Cette année, pour la première fois, le peuple japonnais a réalisé l'importance réelle du problème de la population et a lancé une campagne contre l'avortement, ou plutôt une campagne en faveur de plus de naissances.

Société Médicale Belge de Saint-Luc

(Association sans but lucratif)

Président Général: Dr. Ch. de Gheldere
Secrétaire général: Dr. M. Kivits - *Trésorier*: Dr. J. Gillis
Secrétariat général: 19 avenue de l'Yser - Bruxelles 4
Tél. 35.36.02

Société de Saint-Luc de Bruxelles, 28, rue Ch. Legrelle - Bruxelles 4
Société de Saint-Luc Centre, 37, rue du Parc - La Louvière
Société de Saint-Luc de Charleroi, 199, Grand'rue - Charleroi
Société de Saint-Luc de Liège, Clinique de et à Rocourt
Société de Saint-Luc de Mons, 53, boulevard Dolez - Mons
Société de Saint-Luc de Namur, Chemin des Vieux Murs - Namur
Société de Saint-Luc de Verviers, 165, chaussée de Heusy - Verviers

Jeunesse Médicale de Saint-Luc

Jeunesse Médicale de Liège, 14, quai Churchill - Liège
Cercle Médical Saint-Luc de Louvain, 17, rue Notre Dame - Louvain.

Assistance Médicale à l'Afrique Centrale

Secrétariat Général: 111, boulevard Louis Schmidt - Bruxelles 4.

SOMMAIRE ANALYTIQUE